



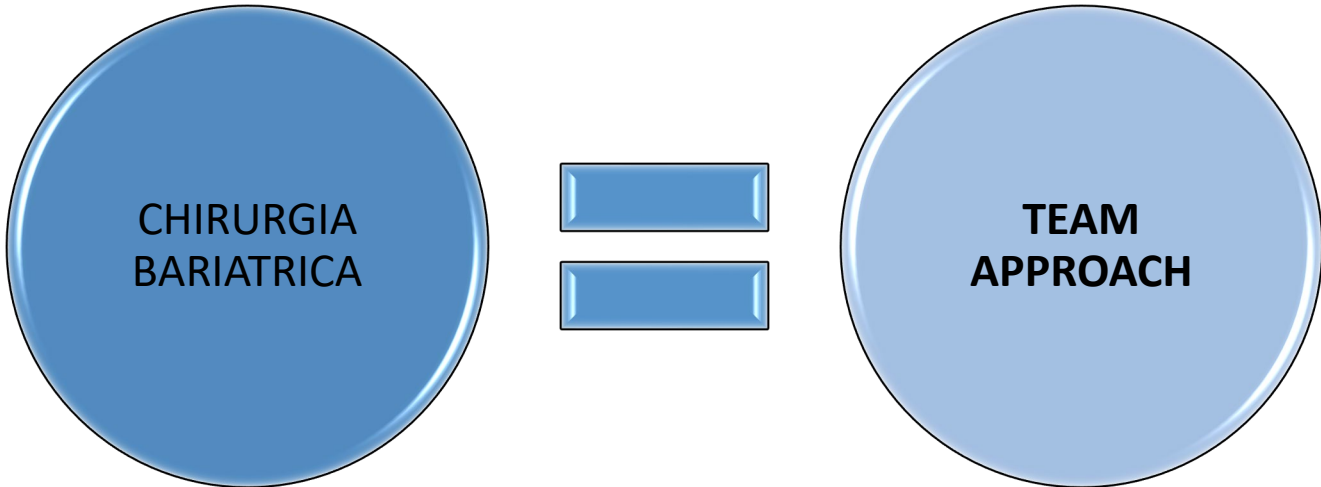
## **IL CASE MANAGEMENT IN CHIRURGIA BARIATRICA**

***PIANIFICAZIONE E MODELLI ALTERNATIVI PER IL FOLLOW UP POST INTERVENTO.  
RUOLO DEL CASE MANAGER***

**DOTT.SSA BENEDETTA BELTRAME- DIETISTA**  
SOC CHIRURGIA GENERALE BARIATRICA E METABOLICA  
PO SANTA MARIA NUOVA- AZIENDA USL TOSCANA CENTRO  
Direttore: Marcello Lucchese



# NON SOLO CHIRURGIA....



Best practice recommendations for surgical care in weight loss surgery, *Obes Res.* (2005) 13,227-233  
The use of multidisciplinary teams to evaluate bariatric surgery patients: results from a national survey in the U.S.A.  
*Obes Surg* 2006 Jan;16(1):59-66



## IL TEAM

WEBINAR  
TERZA  
STAGIONE



DIRETTORE



CHIRURGO  
BARIATRICO



CHIRURGO  
BARIATRICO



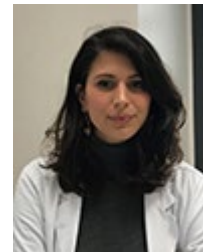
CHIRURGO  
BARIATRICO



CHIRURGO  
BARIATRICO



INFERMIERE



DIETISTA



PSICHIATRA



ANESTESISTA



CHIRURGO  
PLASTICO



INFERMIERE

ca 500 INTERVENTI/ANNO

SOC CHIRURGIA GENERALE BARIATRICA E METABOLICA AZIENDA USL TOSCANA CENTRO



## FOLLOW UP POST INTERVENTO



**7-10  
Giorni**

**3 mesi**

**12 mesi**

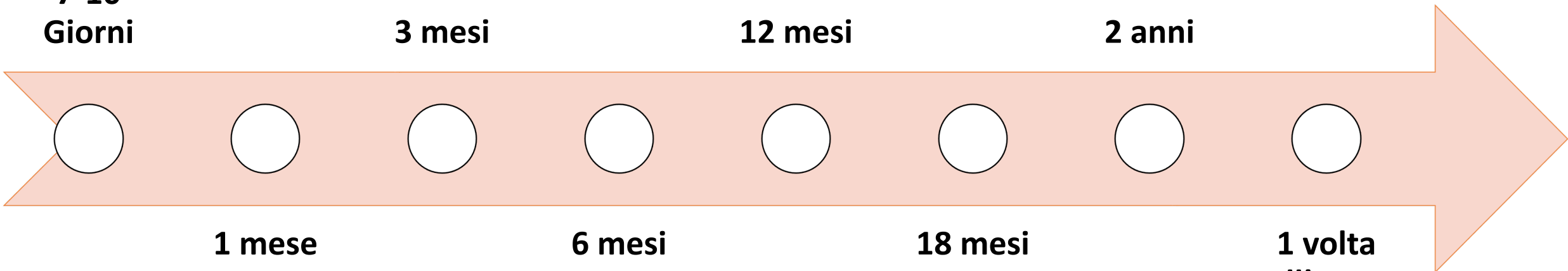
**2 anni**

**1 mese**

**6 mesi**

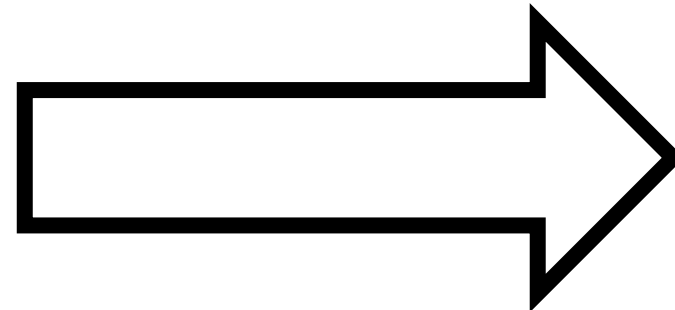
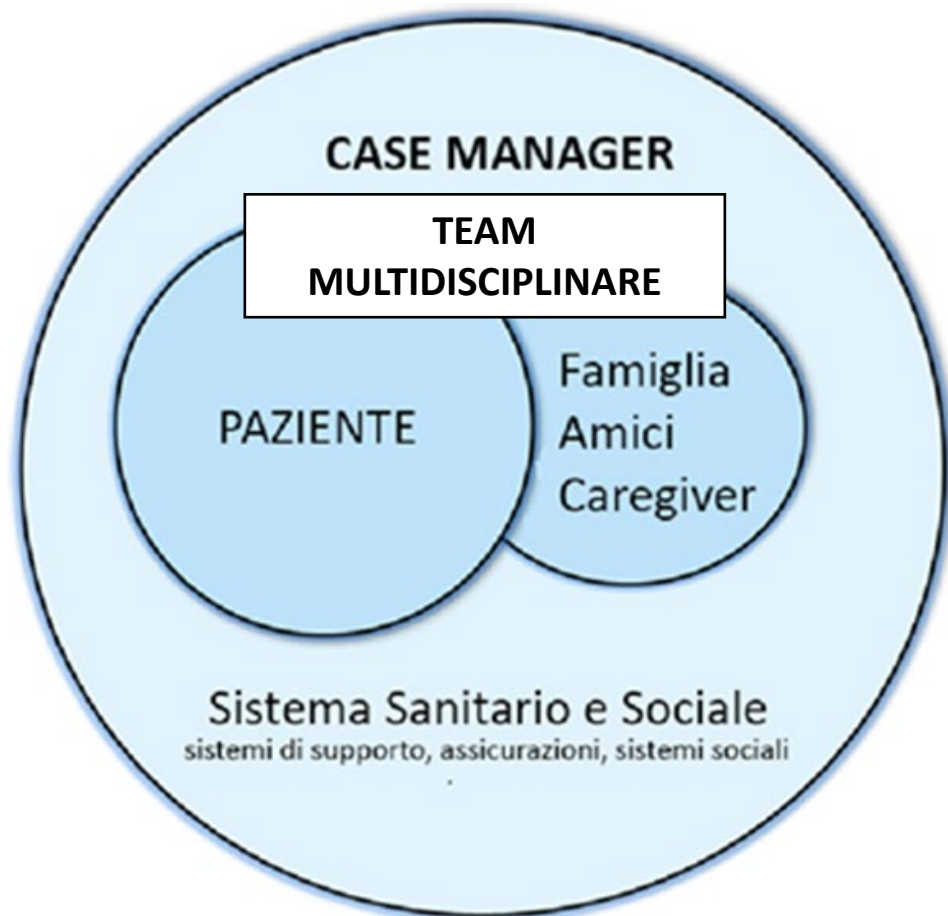
**18 mesi**

**1 volta  
all'anno  
PER  
SEMPRE**





# CASE MANAGER



**COMPETENZE SPECIFICHE  
MULTIDISCIPLINARI**

---

**Integrazione  
multidisciplinare  
multidimensionale**

---

**Forte sinergia tra gli attori  
del percorso**

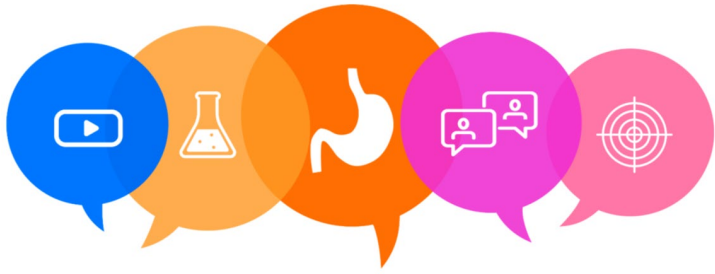
---

**Centralità del paziente**

---

**Miglioramento degli  
outcomes**

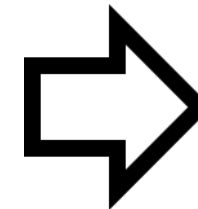
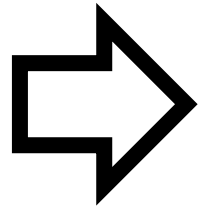




## MODELLI ALTERNATIVI PER IL FOLLOW UP POST INTERVENTO



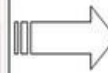
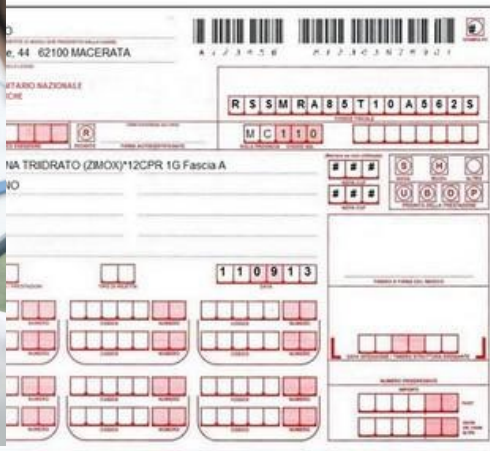
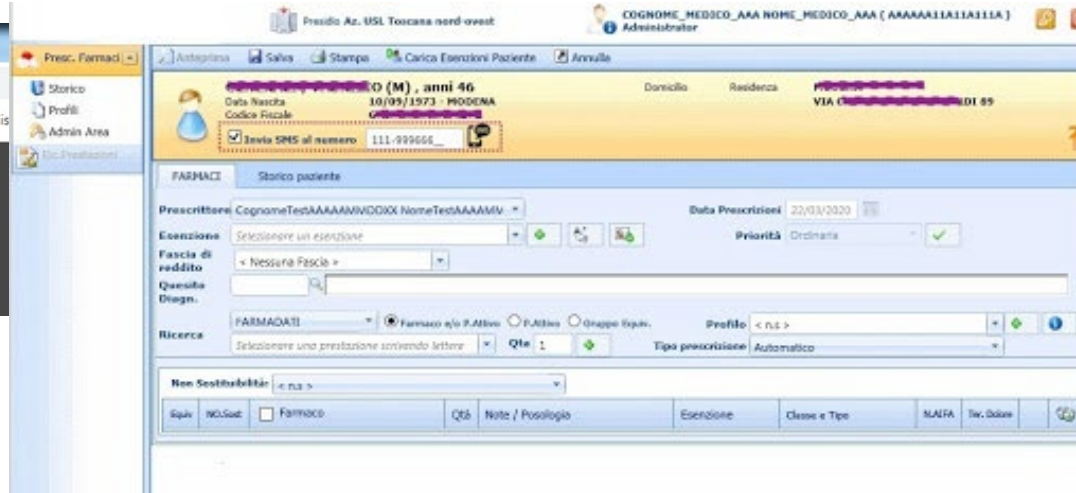
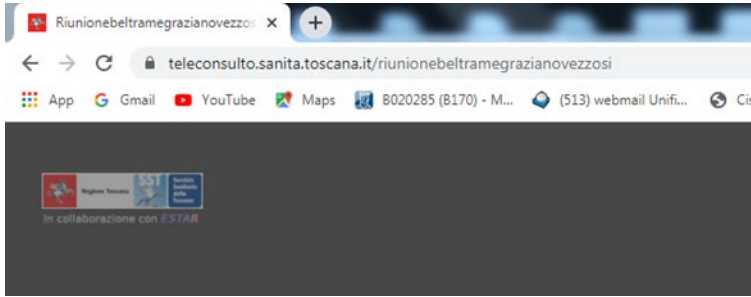
**CASE MANAGER**





# STRUMENTI SSN

# WEBINAR TERZA STAGIONE







## MODELLI ALTERNATIVI PER IL FOLLOW UP POST INTERVENTO





Chirurgia Obesità Firenze >

Gruppo Privato · 2570 membri

## VADEMECUM VISITA AMBULATORIALE EMERGENZA COVID-19

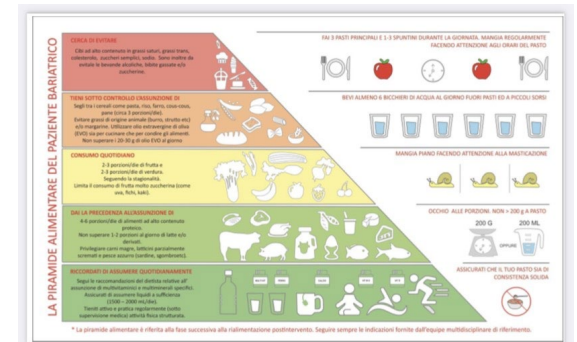
- LA VISITA AMBULATORIALE È VIETATA:**
  - Nel caso di presenza di uno o più sintomi, negli ultimi 14 giorni: febbre (>37°), Tosse, Dispnea o difficoltà respiratorie, mal di gola, mialgia (dolori muscolari), cefalea, disturbi gastrointestinali (es. diarrea), disgeusia (alterazione/abbassamento del senso del gusto), anosmia (perdita del senso dell'olfatto), malessere generalizzato
  - Contatto diretto con soggetti COVID-19 positivi (anche se sospetto), negli ultimi 14 giorni (anche se asintomatici, in isolamento domiciliare)
  - Sospetta positività o Positività COVID-19
- NEL CASO DI TAMPONE NEGATIVO SUCCESSIVO ALLA COMPARSA DI QUESTI SINTOMI O DEI CONTATTI O DELLA POSITIVITÀ LA VISITA POTRÀ ESSERE SVOLTA**
- COME VERRÀ EFFETTUATA LA VISITA:**
  1. La visita verrà svolta con l'ausilio dei DPI (Dispositivi di Protezione Individuale): pertanto è obbligatorio presentarsi con la mascherina chirurgica.
  2. In ambulatorio sarà presente il gel a base alcolica per la disinfezione delle mani
  3. La visita verrà svolta sempre mantenendo la distanza di 1,5 metri tra le persone
  4. Verrà garantita la corretta disinfezione/sanificazione e areazione tra una visita e l'altra
  5. Presentarsi all'orario stabilito senza troppi minuti di anticipo, in questo modo si eviterà la presenza di più persone nel locale
  6. Presentarsi all'appuntamento, quando possibile, SENZA ACCOMPAGNATORI
  7. La rilevazione delle misure antropometriche (peso) dovrà essere fornita dal paziente che leggerà autonomamente la dicitura di questo. La misurazione delle circonferenze è per il momento sospesa a causa del mancato rispetto della distanza di sicurezza.



# WEBINAR TERZA STAGIONE

File

- Domande e Risposte - Chirurgia Bariatrica.pdf  
Fabio Scovacricchi  
13/04/20, 11:17
- lista farmaci.pdf  
Fabio Scovacricchi  
09/03/20, 11:02
- GUIDA ALLA SCELTA DEGLI ALIMENTI.pdf  
Fabio Scovacricchi  
09/03/20, 11:01
- Piramide Bariatrica.pdf  
Fabio Scovacricchi  
09/03/20, 11:01





**MESSAGGISTICA  
WHATSAPP  
IN GRUPPI CON IL CASE  
MANAGER COME  
MODERATORE**



**MAIL DEDICATA PER  
PROBLEMATICHE DI VARIO  
GENERE ED INVIO  
ANALISI/REFERTI**



**INCONTRO DI GRUPPO ONLINE:**

- FOLLOWUP 1 MESE
- FOLOWUP 3 MESI

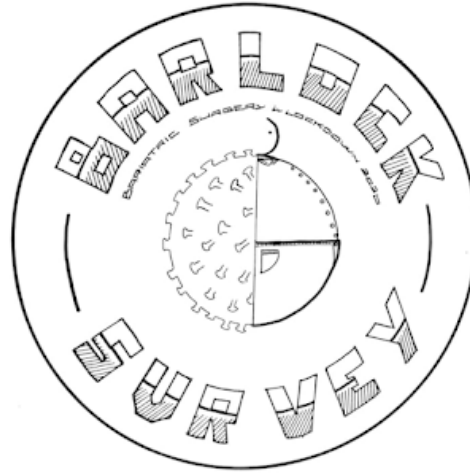
**DIETISTA E CHIRURGO**



Google Forms

DIFFUSO VIA  
EMAIL FACEBOOK WHATSAPP

CIRCA 1000  
COMPILAZIONI



**70 items**

Durata circa 30 min

**18 items anagrafici-sociali**

**27 items clinici**

**30 items dietetico comportamentali**

*Quality of Alimentation-Dumping Syndrome Scale*

**13 items psicologici**

*BES - EEQ - EDE - STAIS – STAIT- BDI*



The BAR.LOCK Survey  
: questionario per  
pazienti bariatrici  
durante il lockdown  
da COVID19

Questa survey ha l'obiettivo di valutare gli effetti del lockdown su pazienti sovrappeso o obesi che hanno subito un intervento o procedura di chirurgia bariatrica oppure che sono in attesa di dover affrontare un percorso bariatrico.

Questo test, oltre al valore statistico, potrà essere di utilità per poter eseguire il follow up da casa e quindi poter sopperire alla carenza dei controlli a causa dell'emergenza sanitaria.

Il test si divide in più sezioni, si prega di completarle tutte.

La durata media del test è di 30 minuti!

Ci saranno domande a risposta multipla con solo una risposta accettata, domande in cui per rispondere si dovranno inserire dei dati numerici o dei piccoli testi (es. peso, altezza).

ATTENZIONE SI CONSIGLIA DI UTILIZZARE IL PROPRIO PC evitando di utilizzare tablet o smartphone per la compilazione delle domande.

\*Campo obbligatorio



WEBINAR  
TERZA  
STAGIONE

## FOLLOW UP POST INTERVENTO



RIMOZIONE DEI PUNTI  
IN PRESENZA

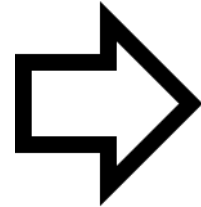


MEETNG ONLINE DI  
GRUPPO

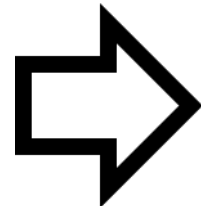




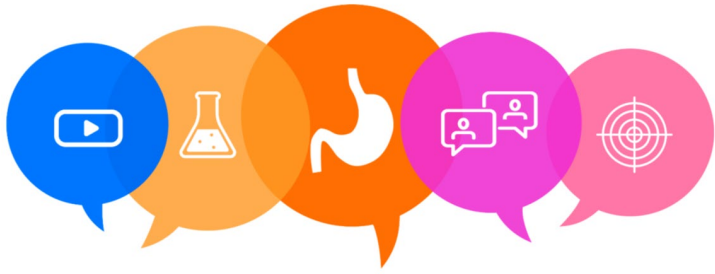
## **PIANIFICAZIONE E MODELLI ALTERNATIVI PER IL FOLLOW UP POST INTERVENTO. RUOLO DEL CASE MANAGER**



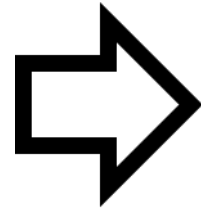
**IL CASE MANAGER CON LE SUE COMPETENZE SPECIFICHE HA UN RUOLO CENTRALE PER LA CORRETTA ADESIONE DEL PAZIENTE AL PIANO DI FOLLOW UP E PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OUTCOMES POST CHIRURGIA BARIATRICA**



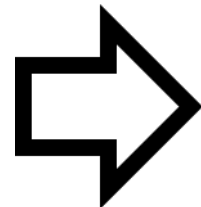
**QUESTA CENTRALITA' E' STATA EVIDENZIATA ANCOR DI PIÙ NELL'ATTUALE PERIODO PANDEMICO, DURANTE IL QUALE IL CASE MANAGER DEVE METTERE IN ATTO STRATEGIE IN GRADO DI OTTIMIZZARE I RISULTATI COORDINANDO LE FIGURE SPECIALISTICHE ED ASSICURANDO LA CONTINUITA' DEL PERCORSO DEL PAZIENTE, IL TUTTO RIDUCENDO IL PIÙ POSSIBILE LE OCCASIONI IN PRESENZA**



***PIANIFICAZIONE E MODELLI ALTERNATIVI PER IL FOLLOW UP POST INTERVENTO.  
RUOLO DEL CASE MANAGER***



**PER L'ADEGUAMENTO DEI PERCORSI LA TECNOLOGIA ED IL SSN METTONO A DISPOSIZIONE STRUMENTI IN GRADO DI SOPPERIRE NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI ALLE VALUTAZIONI IN PRESENZA**



**CIO' DOVREBBE SERVIRE DA SPUNTO PER POTER AFFRONTARE IN MANIERA EFFICACE ED EFFICIENTE I PROSSIMI MESI ED AVVIARE IL CASE MANAGEMENT VERSO PROSPETTIVE FUTURE**



**IL CASE MANAGEMENT IN CHIRURGIA BARIATRICA**

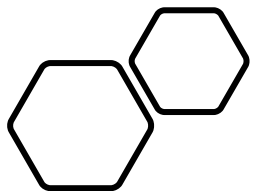
***PIANIFICAZIONE E MODELLI ALTERNATIVI PER IL FOLLOW UP POST INTERVENTO.  
RUOLO DEL CASE MANAGER***

La pioggia si fermerà,  
la notte finirà, il  
dolore svanirà. La  
speranza non è mai  
così persa da non  
poter essere trovata.

(Ernest Hemingway)

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**





# Associazionismo e Case Management

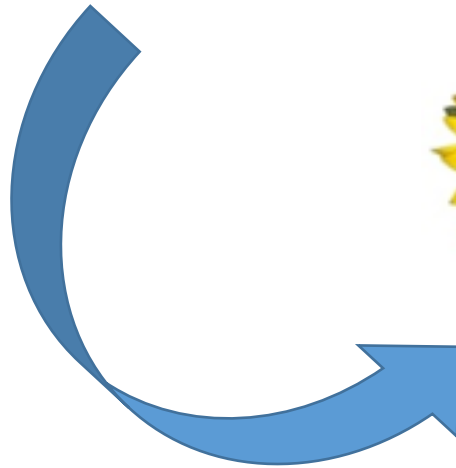
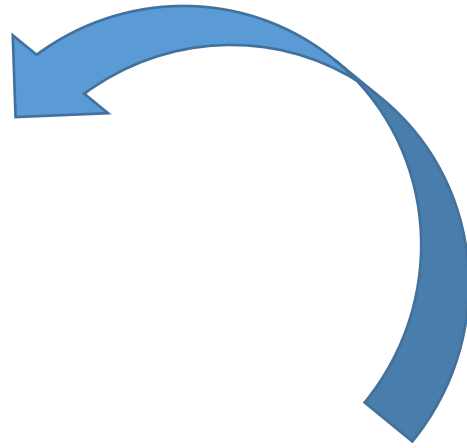
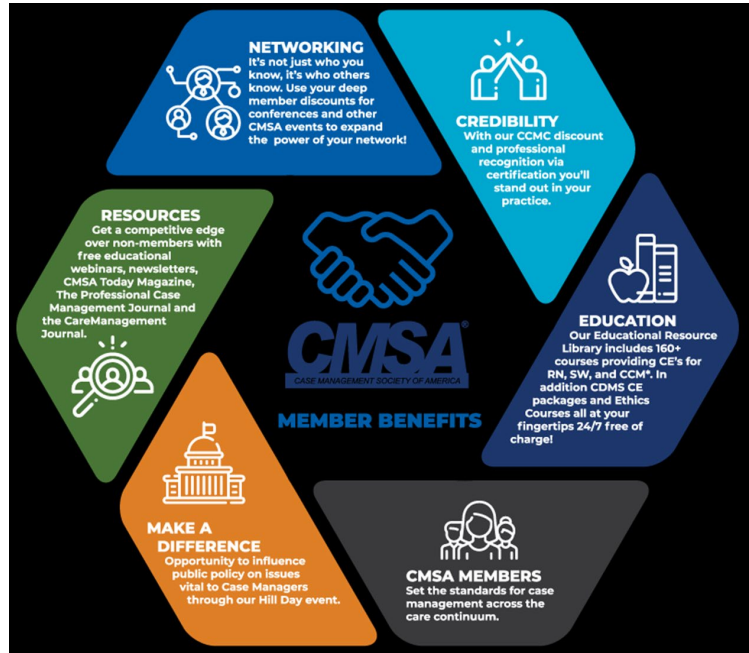
Dott.ssa Virna Bui  
Presidente AICM



# L'associazione Italiana Case Manager

Ha nasce nel 2006 con lo scopo di promuovere il ruolo dei Case Manager, di produrre, pubblicare e diffondere materiale formativo e informativo sia scientifico che di documentazione al fine di supportare i professionisti che si avvicinano al modello organizzativo.

Promuovere ricerca in ambito organizzativo e assistenziale; promuovere la raccolta di materiale informativo e di documentazione sui temi trattati. Offrire consulenza nei confronti dei singoli professionisti, di Associazioni, Enti e Istituzioni pubbliche e private e predisporre per loro studi e ricerche nei temi del Case Management.



**AICM**  
Associazione Italiana  
Case Manager



«Il Case Management è un processo collaborativo di **accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento** delle cure, valutazione ed **advocacy** delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere **outcomes di qualità**, con un buon rapporto costo-efficacia».

I **case manager** sono esperti riconosciuti e partecipanti attivi nel team di coordinamento dell'assistenza che consentono alle persone di comprendere e accedere a servizi sanitari di qualità, sicuri ed efficienti.

# Chi è l'Infermiere Case Manager

- **1. Il case manager gestisce una situazione acuta focalizzata su un DRG o una patologia o una condizione di rischio per la salute (ospedale e ospedale/territorio)**
- **2. Il case manager gestisce una condizione che riguarda un gruppo di persone in un territorio (salute mentale, scompenso cardiaco, diabete, ecc.)**
- **3. Il case manager gestisce una situazione cronica o di disabilità (post acuti)**
- **(4. Telemedicina – *e-nurse*\*)**

# Continuità dell'assistenza

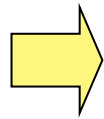
- Estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza.
- La continuità assistenziale è quindi un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso ospedale, domicilio o altra realtà.

# Un PDTA efficiente ed efficace

Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale che consiste nella migliore sequenza temporale e spaziale possibile per risolvere i problemi di salute del paziente (in questo caso affetto da epatopatia cronica), sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione.

# Modelli culturali di cura: relazioni professionisti/utenti

**Da approccio tradizionale  
alla cura delle malattie  
(*disease centred*)**



**Alla “presa in carico” dei pz  
affetti da patologia cronica  
(*patient/client oriented*)**

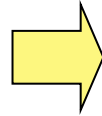
Il professionista sanitario è l'esperto, lo specialista, il tecnico che sa e che sta in una *posizione superiore rispetto al paziente* che non sa e che sta male.

Intervengono più operatori che si trovano sempre in mezzo a *relazioni multiple* e variegata tra diversi attori che vanno riconosciuti come soggetti attivi e propositivi, ci sono dei *familiari*, dei *caregivers*, operatori di altri servizi con cui va costruita la comunicazione, che non può essere data e certa. E' importante *ascoltare anche le emozioni*, cooperare, gestire micro conflittualità e offrire *tutti i supporti per promuovere autonomie*



# Funzionamento organizzativo: destinatari/fruitori

Da approccio tradizionale alla cura delle malattie (*disease centred*)



Alla “presa in carico” dei pz affetti da patologia cronica (*patient/client oriented*)

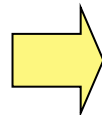
- Singoli portatori di patologia

- Vari soggetti: pazienti, *familiari, operatori e servizi pubblici e privati, amministratori locali associazioni di volontariato e associazioni di familiari*

# Funzionamento organizzativo: modalità di lavoro

Da approccio tradizionale alla cura delle malattie (*disease centred*)

- Divisione di compiti per specializzazioni e livelli gerarchici
- Procedure collaudate, controlli di “osservanza”



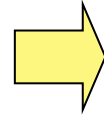
Alla “presa in carico” dei pz affetti da patologia cronica (*patient/client oriented*)

- *Organizzazione per équipe che sostiene un lavoro per processi, con forti coordinamenti più funzionali che gerarchici*

# Organizzarsi per la continuità dell'assistenza: il PDTA

## **PRESENTE**

- Strutture ambulatoriali di riferimento ***patient/client oriented*** (*coordinamento della rete di cura per le patologie croniche e la sorveglianza degli effetti collaterali da farmaci e della compliance terapeutica*)
- Case management infermieristico
- Disease management



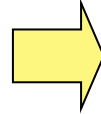
## **FUTURO**

- Definizione “scritta” dei percorsi
- *Integrazione* nei percorsi tra i professionisti  
Strutturare l'integrazione organizzativa (ad esempio tra i nodi della rete assistenziale) con il sociale
- *Progettazione integrata continua*

# Organizzarsi per la continuità dell'assistenza : il PDTA

## **PRESENTE**

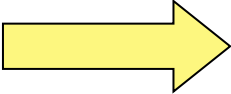
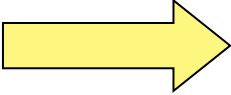
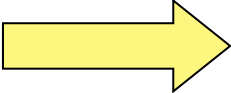
- Analisi delle criticità tramite una progettazione integrata continua
- Strumenti di integrazione:
  - Accesso alle informazioni clinico-assistenziali
  - Patient-summary
  - Supporti informativi
- Individuazione di criteri e procedure per la comunicazione:
  - Costruzione percorso condiviso
  - Condivisione obiettivi
  - Definizione chiara del percorso con l'utente (paziente o care-giver) ovvero Patto di Cura



## **FUTURO**

- Individuazione di strumenti condivisi: scale di valutazione, cartella clinica integrata, piano assistenziale
- Individuazione di indicatori di efficacia del percorso su 3 dimensioni della continuità
  - Informativa: relativa allo scambio di informazioni tra il case-manager, altri operatori e cittadino;
  - Relazionale: relativa al rapporto tra operatori, tra operatori e servizi e tra operatore e paziente/care-giver;
  - Gestionale: relativa alla sequenza tempestiva e logicamente ordinata degli interventi: aderenza ai protocolli/prodotti/farmaci

# Organizzazione per la continuità dell'assistenza

- Paziente a bassa intensità di cura  Gestione ICM
- Paziente a media intensità di cura  Gestione < Medico > ICM
- Paziente ad alta intensità di cura  Gestione > Medico < ICM






# AICM

Associazione Italiana  
Case Manager

*Grazie per la  
vostra attenzione!*



**WEBINAR**  
**T E R Z A**  
**S T A G I O N E**

S.I.C.OB. Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche

# Il ruolo del case manager deve essere potenziato nel protocollo ERAbs?

Giovanni Fantola  
SSD Chirurgia dell'Obesità  
ARNAS G.Brotzu, Cagliari





# Perchè ERAbS

**EBM**



ERABS riduce i tempi di ospedalizzazione  
senza peggiorare gli *outcomes*

Cosa ne pensa il paziente?

*Health Care Reputation*

# Perchè ERAbsS

## *Health Care Reputation*

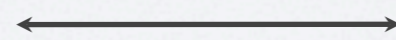
Pazienti

Ambasciatori  
Voto 8/10

Neutri  
Voto  $8 > 6/10$

Detrattori  
Voto  $< 6$

UNO per UNO  
1 paziente convince 1  
paziente



1 paziente convince 10  
paziente

# Perchè ERAbsS

## *Health Care Reputation*

Detrattori



Case Manager

Ambasciatori  
Voto 8/10

Comunicazione ed Empatia

Rispondere alle esigenze esplicite  
e non manifestate

# Quale è la sua funzione

## ***Nudge theory***

Il paziente deve essere convinto dell'efficacia del protocollo

Coinvolgere il paziente nel processo dell'ospedalizzazione

Non farlo sentire “ospedalizzato”

Portarlo a “chiedere” la dimissione

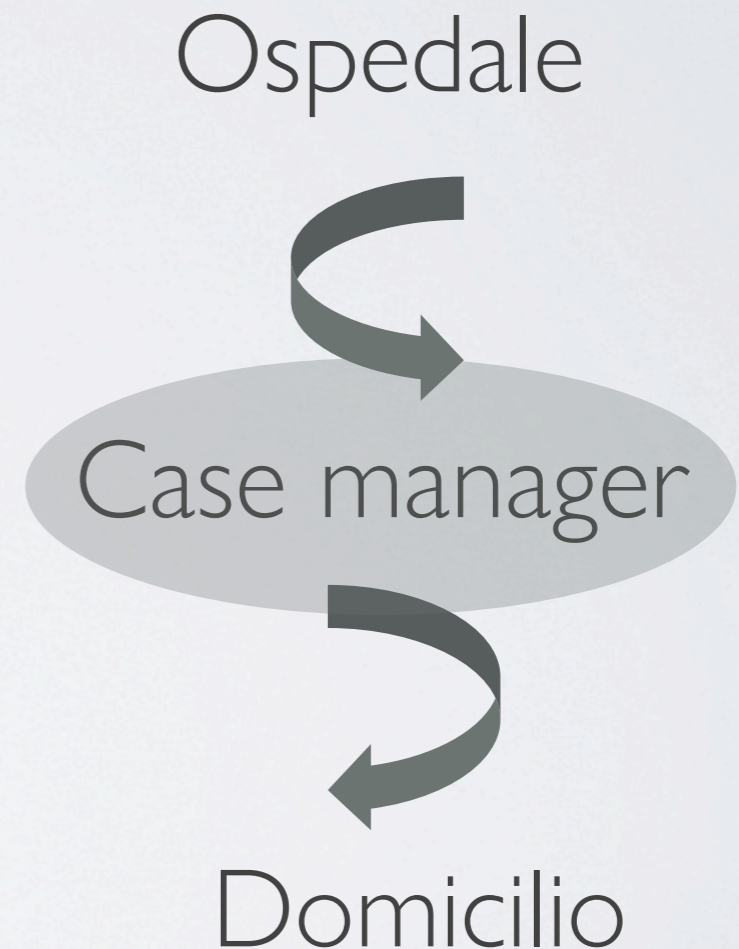


*Richard Taylor (Nobel Prize Economia 2017)*

*“la spinta gentile”*

# STATEMENT SICOB-SIAARTI SU ERAS IN CHIRURGIA BARIATRICA (ERABS)

- 1 COUNSELLING PREOPERATORIO
- 2 OTTIMIZZAZIONE DEL PAZIENTE
- 3 DIGIUNO PREOPERATORIO
- 4 PROFILASSI NAUSEA E VOMITO POSTOPERATORIO
- 5 PROFILASSI TROMBOEMBOLISMO VENOSO
- 6 PROFILASSI ANTIBIOTICA
- 7 ANALGESIA MULTIMODALE
- 8 PROTOCOLLO DI ANESTESIA STANDARDIZZATO
- 9 SONDINO NASO-GASTRICO
- 10 DRENAGGIO ADDOMINALE
- 11 CATETERE VESCICALE
- 12 MOBILIZZAZIONE PRECOCE POSTOPERATORIA
- 13 RIALIMENTAZIONE PRECOCE POSTOPERATORIA
- 14 DIMISSIONE



# QUALE RUOLO NEL COUNSELLING PREOPERATORIO

1

## COUNSELLING PREOPERATORIO

| Item  | Evidenza | Raccomandazione evidenza | Raccomandazione Panel |
|---|----------|--------------------------|-----------------------|
| Counselling   | 2        | B                        | A                     |
| <b>Sintesi delle evidenze</b>   |          |                          |                       |
| <p>Le informazioni fornite al paziente non devono limitarsi a quelle necessarie per il consenso informato sia chirurgico che anestesiológico; esse devono essere adeguate a fornire aspettative realistiche circa gli aspetti inerenti l'approccio ERABS (ad esempio, gestione di dolore, vomito e nausea postoperatori, precoci mobilizzazione e alimentazione, durata della degenza). Il <i>counselling</i> può essere svolto o singolarmente o in riunione di gruppo, i congiunti, che nel periodo postoperatorio a domicilio fungeranno da <i>caregivers</i>, dovrebbero essere presenti.</p>   |          |                          |                       |
| <b>Commento</b>   |          |                          |                       |
| <p>Una revisione sistematica della letteratura ha evidenziato come l'informazione preoperatoria e il <i>counselling</i> da implementare nella gestione delle aspettative dei pazienti e nella preparazione ad una dimissione precoce<sup>9</sup>, senza però concentrare la propria attenzione in modo specifico su questo aspetto (LE 2, RE B).</p> <p>Una metanalisi di 13 studi sull'applicazione di un protocollo ERAS in chirurgia bariatrica ha identificato nel counselling uno degli item ritenuti fondamentali in 11 dei 13 studi considerati<sup>8</sup> (LE 1, RE A), così come uno studio retrospettivo multicentrico ha riportato il counselling preoperatorio come uno degli item maggiormente utilizzati nei 15 centri partecipanti<sup>10</sup> (LE 4, RE C).</p> <p>Uno studio retrospettivo sulla sicurezza della dimissione in prima giornata postoperatoria dopo chirurgia bariatrica identifica l'informazione preoperatoria relativamente a deambulazione e rialimentazione precoci, gestione del dolore, della nausea e vomito postoperatori (PONV), e soprattutto sulla dimissione in prima giornata, come uno dei cardini del percorso ERABS<sup>11</sup> (LE 4, RE C).</p> <p>Uno studio retrospettivo sulla riduzione degli oppioidi grazie ad adozione di protocollo ERABS sottolinea l'importanza dell'informazione preoperatoria sul controllo del dolore e sull'effetto negativo degli oppioidi<sup>12</sup> (LE 4, RE C).</p> |          |                          |                       |

rafforzare le  
informazioni in più  
colloqui

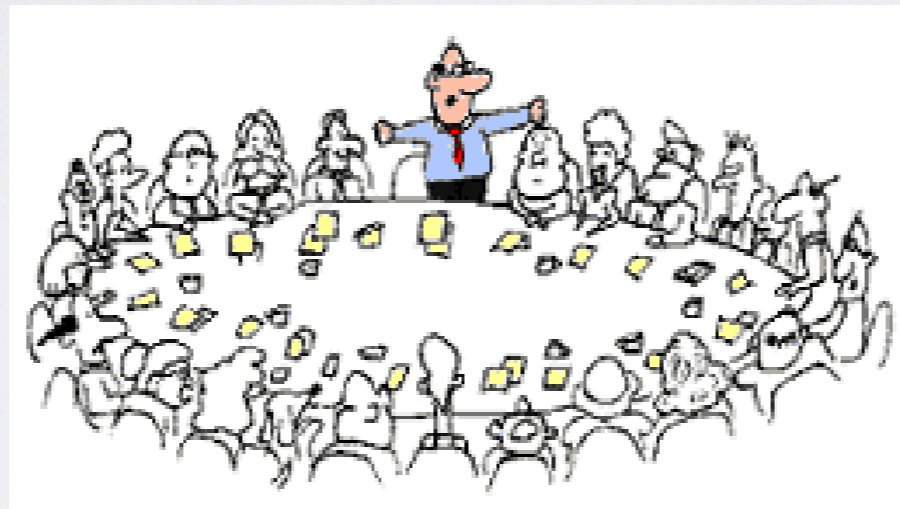
organizzare le riunioni di  
gruppo

rafforzare la convinzione  
che la dimissione precoce  
è conseguenza  
dell'applicazione degli  
items e non item stesso

# QUALE RUOLO NEL COUNSELLING PREOPERATORIO

rafforzare le  
informazioni in più  
colloqui

organizzare le riunioni di  
gruppo



consapevolezza comune dell'efficiacia  
del protocollo ERABS

# QUALE RUOLO NELL'OTTIMIZZAZIONE DEL PAZIENTE

2

## OTTIMIZZAZIONE DEL PAZIENTE

| Item           | Evidenza | Raccomandazione evidenza | Raccomandazione Panel |
|----------------|----------|--------------------------|-----------------------|
| Ottimizzazione | 1        | A                        | A                     |

### Sintesi delle evidenze

L'ottimizzazione preoperatoria, attraverso l'interruzione del fumo, il calo ponderale, il controllo della glicemia, l'utilizzo di ventilazione non-invasiva, quando indicata, è raccomandata nei protocolli ERABS.

### Commento

L'ottimizzazione preoperatoria, attraverso l'interruzione del fumo, il calo ponderale, il controllo della glicemia, l'utilizzo di ventilazione non-invasiva, quando indicata, concorre a ridurre l'effetto negativo dell'obesità sul decorso postoperatorio.<sup>13</sup>

L'interruzione del fumo per almeno 4 settimane riduce le complicanze postoperatorie, sia chirurgiche che polmonari, del 41%<sup>14</sup> (LE 1, RE A). Una revisione sistematica della letteratura sulla gestione perioperatoria del paziente obeso ha indicato che il fumo andrebbe interrotto per almeno 4 settimane prima dell'intervento chirurgico.<sup>15</sup> Le recenti linee guida americane sulla gestione perioperatoria del paziente bariatrico indicano che il medico deve informare il paziente dell'aumentato rischio di complicanze e mortalità nel fumatore, rischio che diminuisce quanto più a lungo prima dell'intervento si smette di fumare<sup>16</sup> (LE 1, RE A).

Il calo ponderale preoperatorio riduce il volume del fegato e può facilitare tecnicamente l'esecuzione dell'intervento<sup>17</sup> (LE 3, RE C). È controverso invece se il calo ponderale riduca le complicanze postoperatorie<sup>16,18</sup>: Uno studio sul Registro Svedese dimostra una diminuzione delle complicanze, ma solo nei bypass primari<sup>19</sup> (LE 3, RE C).

Il controllo della glicemia a digiuno preoperatoria va ottimizzato con dieta, attività fisica e farmacoterapia<sup>16</sup> (LE 1, RE A). La glicemia a digiuno preoperatoria non deve superare il valore di 180 mg/dl, pena l'aumento di complicanze e mortalità<sup>15</sup> (LE 1, RE A).

In generale, il paziente con sindrome delle apnee notturne (OSA) presenta un aumentato rischio di complicanze cardio-respiratorie nel postoperatorio<sup>20</sup> (LE 1, RE A). Tale rischio sembra essere aumentato anche nei pazienti affetti da OSA sottoposti a chirurgia bariatrica, ma non tutta la letteratura è concorde su tale associazione<sup>21,22</sup>.

Alcuni studi hanno evidenziato un aumento del tempo di ricovero e di complicanze dopo chirurgia bariatrica nei pazienti affetti da OSA<sup>23,24,25</sup> (LE 2, RE B).

L'uso della ventilazione non-invasiva (ad esempio, CPAP) può migliorare il profilo cardio-metabolico nel preoperatorio<sup>26</sup> (LE 1, RE A), ottimizzare la funzionalità respiratoria nel postoperatorio<sup>16, 18, 27</sup> (LE 1, RE A) e, quando indicata nei pazienti affetti da OSA,<sup>16,18</sup> essere adottata in sicurezza nel paziente sottoposto a chirurgia bariatrica<sup>27</sup> (LE 1, RE A).

Il paziente affetto da OSA severa e/o in terapia con CPAP domiciliare non necessita di per sé di ricovero routinario in terapia intensiva<sup>16,18</sup> (LE 1, RE A).

**COACHING**  
del paziente per  
mantenere la  
motivazione  
preoperatoria

**EVITARE**  
Drop-out



# QUALE RUOLO NELLA DIMISSIONE E POSTDIMISSIONE

14

## DIMISSIONE

| Item       | Evidenza | Raccomandazione evidenza | Raccomandazione Panel |
|------------|----------|--------------------------|-----------------------|
| Dimissione | 1        | A                        | A                     |

### Sintesi delle evidenze

La dimissione precoce del paziente sottoposto a chirurgia bariatrica è raccomandata nei pazienti in ERABS.

### Commento

L'adozione del protocollo ERABS riduce il tempo di degenza senza aumentare il numero di complicanze o il tasso di riammissione<sup>4,8,40,173,180</sup> (LE 2, RE B).

La dimissione in 1° giornata o in 2° giornata postoperatoria non aumenta il tasso di complicanze, di riammissioni ospedaliere, di consulti telefonici,<sup>4,5,71,116,148,176</sup> in particolare in assenza di comorbidità significative<sup>181,182</sup> (LE 1, RE A).

Il dosaggio di markers sierologici (proteina C reattiva, procalcitonina), assieme alla valutazione delle condizioni cliniche, può rappresentare un ausilio nel predire il rischio della insorgenza di complicanze postoperatorie<sup>183,184,185,186</sup> (LE 1, RE A).

Tuttavia, alcuni markers non sono dosabili routinariamente presso tutti centri<sup>187</sup> e non c'è concordanza sul marker e sul timing del dosaggio rispetto alla giornata postoperatoria<sup>187,188,189,190</sup> (LE 3, RE D).

Lo studio radiologico con mezzo di contrasto routinario postoperatorio aumenta i costi e prolunga la durata della degenza ospedaliera<sup>191,192</sup>, non sembra in grado di fornire una valutazione attendibile delle complicanze postoperatorie e non è raccomandato<sup>193,194,195</sup> (LE 2, RE D).

Studi clinici randomizzati dimostrano l'efficacia del protocollo ERABS nella riduzione della degenza media, dopo i principali interventi bariatrici. Una certa inconsistenza statistica è data dalla eterogeneità dei protocolli adottati nei diversi studi<sup>18</sup> (LE 2, RE B).

La dimissione il giorno dell'intervento è praticabile in pazienti selezionati.<sup>196,197</sup> Il livello di sicurezza della dimissione il giorno dell'intervento è ancora dibattuto, e non è quindi raccomandata<sup>198,199</sup> (LE 3, RE D).

Raccomandabile è l'adozione e la verifica in fase di dimissione di una Check-list di dimissione<sup>55</sup> (LE 3, RE B).

I criteri di dimissibilità dovrebbero comprendere almeno i seguenti:

- adeguato controllo del dolore mediante farmaci analgesici orali non oppioidi;
- parametri vitali nella norma (frequenza cardiaca <100 bpm, temperatura corporea <37.6°C, frequenza respiratoria <20 atti/minuto);
- adeguato introito idrico (>1000-1500 mL di liquidi chiari per os), dieta liquida tollerata;
- non evidenza di sepsi o segni di complicanza postoperatoria (LE 4, RE C).

Alla dimissione il paziente deve essere istruito sui sintomi di possibile complicanza post-intervento e deve essere contattato telefonicamente dallo staff per monitorare il suo stato di salute<sup>54,38,53</sup> (LE 2, RE B).

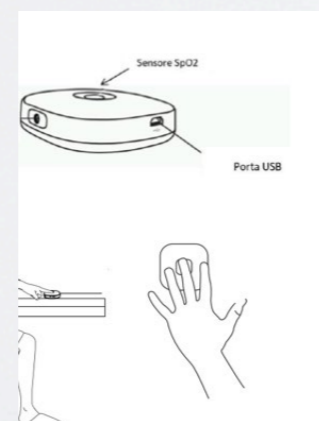
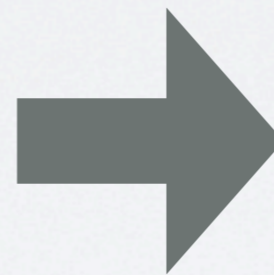
Informazione sulla gestione domiciliare di farmaci analgesici

Contatto diretto su eventuali problemi postoperatori

Monitoraggio postoperatorio (gestione della telemedicina)




















# QUALE RUOLO NELLA TELEMEDICINA

Il case manager ha un ruolo fondamentale nelle fornire informazioni sui dispositivi...



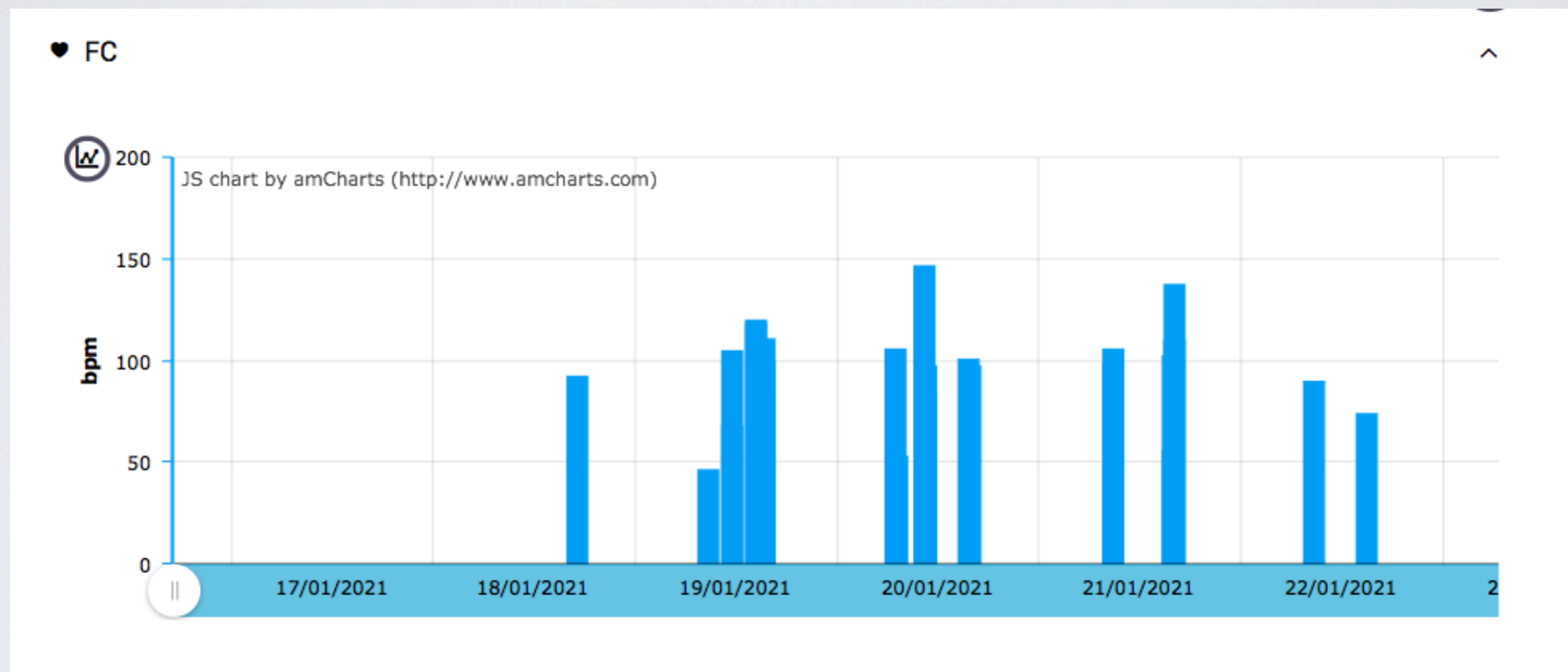
# QUALE RUOLO NELLA TELEMEDICINA

Il case manager ha un ruolo fondamentale  
nelle monitoraggio dei parametri...

| Utente  | Aggiornamento       |  Glicemia |  Pressione |  Temperatura |  SpO <sub>2</sub> |  Creatinina |
|---|---------------------|--|---|---|--|--|
|   Marta         | 17/01/2021 15:59:42 | 0  | 111<br>79   | 29,9  | 99   | ∨  |
|   ano         | 24/01/2021 16:45:39 | 0  | 111<br>68   | 36,7  | 97   | ∨  |
|   aria Elena  |                     | 0  | 0<br>0  | 0,0   | 0  | ∨  |
|   entina      | 17/01/2021 12:45:40 | 0  | 0<br>0  | 36,9  | 97   | ∨  |
|   e           | 24/01/2021 15:51:24 | 99   | 126<br>70   | 36,0  | 99   | ∨  |
|   ia          | 24/01/2021 15:31:51 | 0  | 114<br>82   | 36,7  | 94   | ∨  |
|   ia Concetta | 24/01/2021 15:37:15 | 0  | 113<br>65   | 36,6  | 92   | ∨  |

# QUALE RUOLO NELLA TELEMEDICINA

Il case manager ha un ruolo fondamentale  
nelle monitoraggio dei parametri...



h 9 e h 16

# Perchè potenziare il ruolo del case manager

## *Health Care Reputation*

ha un ruolo fondamentale nella comunicazione ed empatia

è l'anello che unisce ERABS e paziente

ha il compito di far diventare i pazienti *ambasciatori*



**"La frase  
più pericolosa  
in assoluto è:  
abbiamo sempre  
fatto così"**

- Grace Hopper, matematica



# GLI STRUMENTI DEL CASE MANAGEMENT IN CHIRURGIA BARIATRICA

DALLA PRESA IN CARICO AL FOLLOW-UP

*Eugenia Pellegrino*  
*Case Manager Chirurgia Bariatrica*  
*Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo – Pavia*

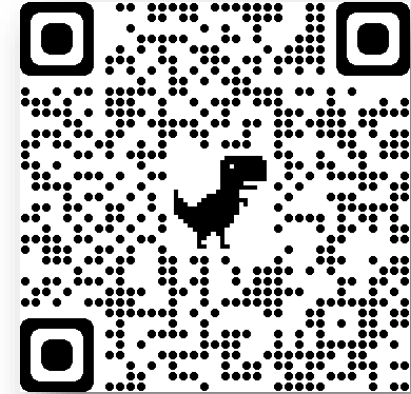
# Master Specialistici delle Professioni Sanitarie

14-15- dicembre 2018 l'Osservatorio Nazionale delle professioni sanitarie annuncia introduzione di 90 master per 22 professioni sanitarie, 30 per infermieri

## Case management infermieristico

Sviluppare competenze per una presa in carico integrata, appropriata e sostenibile, di pazienti complessi, affetti da multi-morbilità e ad elevato rischio di frammentazione delle cure e di accessi e ricoveri inappropriati. Coordinare e gestire interventi di assistenza integrata con altri professionisti, utilizzando modalità e strumenti tipici del case management.

ELENCO COMPLETO  
MASTER







**AICM** **Dimensioni del Case Manager**  
Associazione Italiana  
Case Manager

- Dimensione del ruolo clinico
- Dimensione del ruolo manageriale
- Dimensione del ruolo finanziario
- **Dimensione del ruolo informativo e comunicativo**
- Dimensione del ruolo di sviluppo professionale

## La dimensione informativa e comunicativa

- Inserire, analizzare e gestire i dati dei pazienti
- Documentare le attività e gli esiti del programma
- Scrivere report e fornire feedback al personale ed ai soggetti coinvolti o interessati.

**AICM** Dimensioni del Case Manager

- Dimensione del ruolo clinico
- Dimensione del ruolo manageriale
- Dimensione del ruolo finanziario
- Dimensione del ruolo informativo e comunicativo
- Dimensione del ruolo di sviluppo professionale

**La dimensione del ruolo  
informativo e  
comunicativo**

- Inserire, analizzare e gestire i dati dei pazienti
- Documentare le attività e gli esiti del programma
- Scrivere report e fornire feedback al personale ed ai soggetti coinvolti o interessati.

# STRUMENTI PER LA C@MUNICAZI@NE NELLA GESTI@NE DEL PERC@RS@



- A** AMBULATORIO
- B** BLOCCO OPERATORIO
- C** CASA
- D** DEGENZA

**TELEMEDICINA**  
*Televisita*  
*Teleconsulto*  
*Triage telefonico*  
*Telemonitoraggio*

**PREPARAZIONE**

**INTERVENTO**

**FOLLOW UP**

# Televisita

è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente, con l'eventuale supporto del caregiver, che può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure

Nel lontano 1997 definita dall'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** come

- *“.....l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura».*

## ALLEGATO A INDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DEI SERVIZI SANITARI EROGABILI A DISTANZA (TELEVISITA)

### DELIBERAZIONE N° XI / 3528 Seduta del 05/08/2020



Regione Lombardia  
LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° XI / 3528      Seduta del 05/08/2020

---

Presidente **ATILIO FONTANA**

Assessori regionali

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| FABRIZIO SALA - Vice Presidente | GIULIO GALLERA        |
| STEFANO BOLOGNINI               | STEFANO BRUNO GALLI   |
| MARTINA CAMBIAGHI               | LARA MAGONI           |
| DAVIDE CARLO CAPARINI           | ALESSANDRO MATTINZOLI |
| RAFFAELE CATTANEO               | SILVIA PIANI          |
| RICCARDO DE CORATO              | FABIO ROLFI           |
| MELANIA DE NICHILO RIZZOLI      | MASSIMO SERTORI       |
| PIETRO FORONI                   | CLAUDIA MARIA TERZI   |

Con l'assistenza del Segretario: Enrico Gasparini  
Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto  
INDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DI SERVIZI SANITARI EROGABILI A DISTANZA (TELEVISITA)

## TELECONSULTO E TRIAGE TELEFONICO

Il **Teleconsulto** è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza che permette a un medico di chiedere consiglio ad uno o più medici, in ragione della specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente.

Il **Triage telefonico** viene effettuato da medici o operatori sanitari per contattare gli assistiti, allo scopo di valutare la necessità di eseguire la visita in tempi rapidi in presenza o a distanza o la possibilità di rimandarla ad un momento successivo assegnando un nuovo appuntamento.

## ALLEGATO A INDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DEI SERVIZI SANITARI EROGABILI A DISTANZA (TELEVISITA)

### DELIBERAZIONE N° XI / 3528 Seduta del 05/08/2020



Regione Lombardia  
LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° XI / 3528      Seduta del 05/08/2020

---

Presidente: **ATIPIO FONTANA**

Assessori regionali:

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| FABRIZIO SALA - Vice Presidente | GIULIO GALLERA        |
| STEFANO BOLOGNINI               | STEFANO BRUNO GALLI   |
| MARTINA CAMBIAGHI               | LARA MAGONI           |
| DAVIDE CARLO CAPARINI           | ALESSANDRO MATTINZOLI |
| RAFFAELE CATTANEO               | SILVIA PIANI          |
| RICCARDO DE CORATO              | FABIO ROLFI           |
| MELANIA DE NICHILO RIZZOLI      | MASSIMO SERTORI       |
| PIETRO FORONI                   | CLAUDIA MARIA TERZI   |

Con l'assistenza del Segretario: Enrico Gasparini  
Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto: INDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DI SERVIZI SANITARI EROGABILI A DISTANZA (TELEVISITA)

## PRESTAZIONI EROGABILI IN TELEVISITA

Sono erogabili in Televisita tutte le visite ambulatoriali erogabili in modalità tradizionale, purché rispettino le condizioni previste al paragrafo precedente.

- Necessitano di prescrizione che deve essere effettuata esclusivamente in modalità dematerializzata, attraverso la specifica procedura informatica già in uso, inserendo nel campo NOTE relativo alla prestazione il codice TLM che identifica la tipologia di visita in telemedicina.
- La ricetta dovrà seguire il normale processo di gestione elettronica, con la presa in carico e chiusura all'atto dell'erogazione.
- Considerate le caratteristiche, le finalità (follow-up e continuità diagnostico-terapeutica) ed il target dei pazienti a cui si rivolge (paziente e/o patologia nota), la prescrizione deve essere effettuata dal medico specialista che ha in carico il paziente.

## ALLEGATO A INDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DEI SERVIZI SANITARI EROGABILI A DISTANZA (TELEVISITA)

### DELIBERAZIONE N° XI / 3528 Seduta del 05/08/2020



Regione Lombardia  
LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° XI / 3528      Seduta del 05/08/2020

---

Presidente **ATILIO FONTANA**

Assessori regionali

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| FABRIZIO SALA - Vice Presidente | GIULIO GALLERA        |
| STEFANO BOLOGNINI               | STEFANO BRUNO GALLI   |
| MARTINA CAMBIAGHI               | LARA MAGONI           |
| DAVIDE CARLO CAPARINI           | ALESSANDRO MATTINZOLI |
| RAFFAELE CATTANEO               | SILVIA PIANI          |
| RICCARDO DE CORATO              | FABIO ROLFI           |
| MELANIA DE NICHILO RIZZOLI      | MASSIMO SERTORI       |
| PIETRO FORONI                   | CLAUDIA MARIA TERZI   |

Con l'assistenza del Segretario: Enrico Gasparini  
Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto  
INDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DI SERVIZI SANITARI EROGABILI A DISTANZA (TELEVISITA)

**DELIBERAZIONE N° XI / 3528 Seduta del  
05/08/2020**

**ALLEGATO A  
INDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DEI  
SERVIZI SANITARI EROGABILI A  
DISTANZA (TELEVISITA)**



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° XI / 3528      Seduta del 05/08/2020

---

Presidente      **ATILIO FONTANA**

Assessori regionali

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| FABRIZIO SALA - vice Presidente | GIULIO GALLERA        |
| STEFANO BOLOGNINI               | STEFANO BRUNO GALLI   |
| MARTINA CAMBIAGHI               | LARA MAGONI           |
| DAVIDE CARLO CAPARINI           | ALESSANDRO MATTINZOLI |
| RAFFAELE CATTANEO               | SILVIA PIANI          |
| RICCARDO DE CORATO              | FABIO ROLFI           |
| MELANIA DE NICHILO RIZZOLI      | MASSIMO SERTORI       |
| PIETRO FORONI                   | CLAUDIA MARIA TERZI   |

Con l'assistenza del Segretario: Enrico Gaspaini  
Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

INDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DI SERVIZI SANITARI EROGABILI A DISTANZA (TELEVISITA)

La rendicontazione dell'erogazione di una prestazione di Televisita è effettuata secondo quanto disposto nella DGR n. 1697 del 03/06/2019 (ad oggetto "Aggiornamento flussi informativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie") mediante flag "telemedicina".

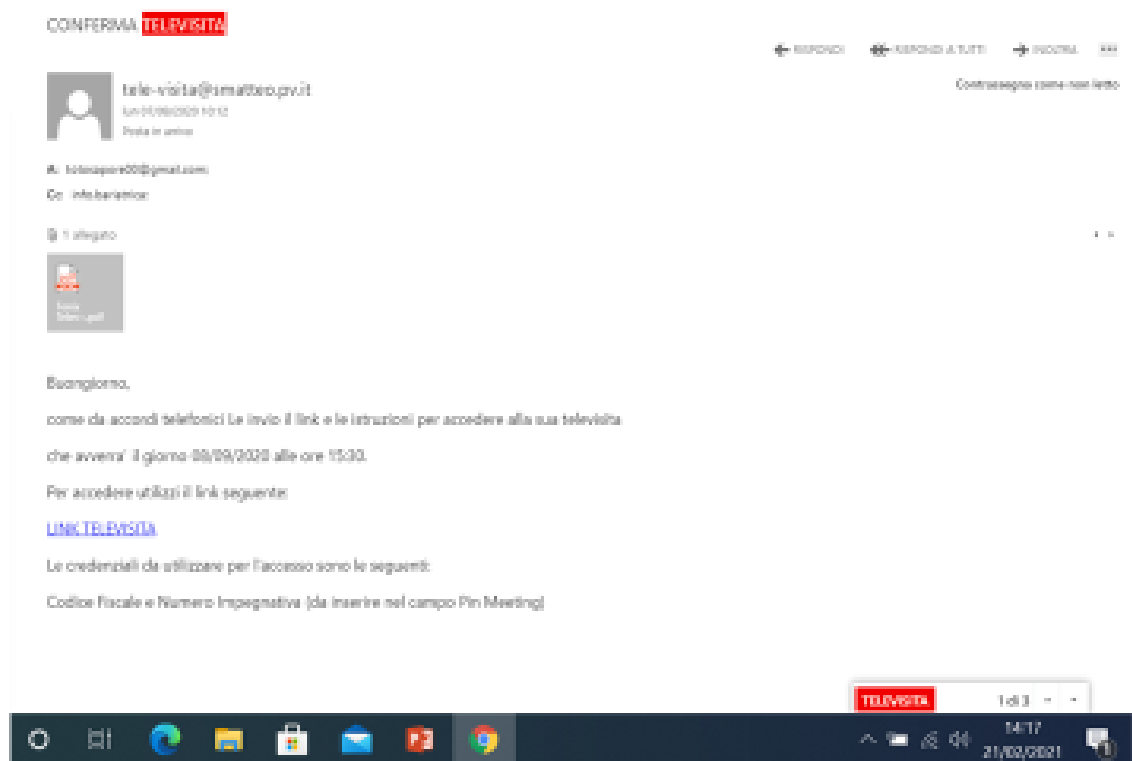
# TELEVISITA IN CHIRURGIA BARIATRICA: case manager – paziente presso la Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia

## PUNTI DI FORZA

- **Riscontro positivo dei pazienti**
- **Cambio programmazione crea meno disagi al paziente**
- **E' possibile programmare colloquio multidisciplinare in più occasioni, anche in presenza di care giver**

## PUNTI DI DEBOLEZZA

- **IL COLLOQUIO DI CASE MANAGEMENT NON RIENTRA NELL' ATTUALE TARIFFAZIONE**
- **Esperienza limitata a 25 colloqui**
- **Preparazione del setting per operatore e paziente (al domicilio)**





## **AGGIORNAMENTO DATI..**

*Una nuova presa in carico*

### **PERCORSI SOSPESI CAUSA EMERGENZA SANITARIA**

- **Raccordo dati anagrafici causa isolamenti di pazienti e familiari**
- **Problemi aperti relativi allo stato di salute (aumento del peso, abitudini di vita)**
- **Trattamenti e/o visite sospese**
- **Variazioni significative dello stato sociale (occupazione casa, perdita lavoro)**





## **AGGIORNAMENTO DATI.. Una nuova presa in carico**

- **Valutazione della disponibilità alla ripresa del percorso**
- **Negoziazione tempistiche e modalità ricovero**
- **Criticità relative alla conoscenza del percorso**



## **INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE IN TELEVISITA**

- 1. NOTA INFORMATIVA**
- 2. INFORMAZIONI RELATIVE AL PERCORSO ( dalla preparazione al follow up)**
- 3. QUESTIONARI (STILE DI VITA, STOP BANG..)**
- 4. MONITORAGGIO PARAMETRI E TABELLE TI RIFERIMENTO (diabete, ipertensione)**
- 5. CONTATTI E NUMERI UTILI**
- 6. DOCUMENTAZIONI PERSONALI**



La telemedicina è un processo che va governato dai suoi protagonisti principali: istituzioni, pazienti, personale sanitario/amministrativo e associazioni dei malati. In questo periodo di grave crisi economica ci vuole la consapevolezza che l'innovazione digitale, anche nel campo dell'assistenza sanitaria, è una sfida che non si può perdere

[https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2021-02-05/telemedicina-futuro-assistenza-sanitaria-anche-il-covid-19-155105.php?uuid=AD0ex3HB&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2021-02-05/telemedicina-futuro-assistenza-sanitaria-anche-il-covid-19-155105.php?uuid=AD0ex3HB&refresh_ce=1)

*Grazie per l'attenzione*